様式第１号（第４条関係）

**記　入　例**

**＊下線部分の記入をお願いします。**

社会福祉法人 安中市社会福祉協議会 会長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　承認番号　　　　　号

申請日：　　　**Ｒ元**　年　**５**　月　**１**　日

代表者名：　　　**社協　太郎**　　　　　　印

**福祉バス使用承認申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用日 | 　　　**Ｒ元**　　年　　　**６**　月　　　**１**　日 |
| 利用団体名 | **安中市社会福祉協議会** | 利用人数 | 　　　　　**２５**　人 |
| 連絡先（当日） | 使用責任者 | **社協　太郎** | 携帯番号等 | **＊＊＊-＊＊＊＊-＊＊＊＊** |
| 配車場所 | **安中市社会福祉協議会** | 配車時間 | 　**８**　時　**５０**　分 |
| 使用目的 | 講習会及び研修会・社会見学及び奉仕活動・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 運行計画（概ねの出発時間・場所を記入してください。） | 高速道路利用について | 有　・　無 |
| 時刻 | 施設名等 | 住所・電話番号 |
| **９：００****10：00～13：30****14：00～15：00****１６：３０** | **安中市社会福祉協議会****群馬県社会福祉協議会****群馬県庁****安中市社会福祉協議会** | **安中市安中3-19-27****３８２－８３９７****前橋市＊＊＊＊＊＊＊****０２７－＊＊＊－＊＊＊＊****前橋市＊＊＊＊＊＊＊****０２７－＊＊＊－＊＊＊＊****＜お願い＞****・時間は余裕をもって計画をお願いします。****・行先の住所と電話番号は必ず記入をお願いします。** |
| 【備考】　　　　　　　　　　　　　　　　リフト使用　　有　・　無　　／　　同行車両　　有　・無 |
|  |

使用日の１ケ月前までに申請書をご提出ください。１ケ月前以降の申請については、運行できない可能性があります。

申請後の取消は、早急にご連絡をお願い致します。

|  |
| --- |
| バス会社確認欄 |
|  |

様式第２号（第５条関係）

　　　　　　　　　　承認番号　　　　　号

**記　入　例**

**＊下線部分の記入をお願いします。**

　　　　　　　　　承認日：　　　　　　年　　　月　　　日

**安中市社会福祉協議会**様

社会福祉法人 安中市社会福祉協議会

会　長　　　　吉　田　　茂　印

**福祉バス　承認・不承認　通知**

福祉バスの利用については、下記のとおり　承認　・不承認　といたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用日 | 　　　**Ｒ元**　　年　　　**６**　月　　　**１**　日 |
| 利用団体名 | **安中市社会福祉協議会** | 利用人数 | 　　　　　**２５**　人 |
| 連絡先（当日） | 使用責任者 | **社協　太郎** | 携帯番号等 | **＊＊＊-＊＊＊＊-＊＊＊＊** |
| 住　所 | **安中市安中3-19-27** |
| 配車場所 | **安中市社会福祉協議会** | 配車時間 | 　**８**　時　**５０**　分 |
| 不承認の理由 |  |
| （注意事項）1. 使用責任者は、運転者の指示に従い安全運行に協力すること。
2. 車内は清潔にし、バスは大切に使用すること。
3. 時間を厳守すること。
4. 使用承認の経路は変更しないこと。
5. ガソリン代、有料道路通行料、駐車料、旅行損害保険料、乗務員の食事は、使用者が負担すること。
6. 使用日３日前までに乗車人員名簿を提出すること。
 |

様式第１号（第４条関係）

社会福祉法人 安中市社会福祉協議会 会長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　承認番号　　　　　号

申請日：　　　　　　年　　　月　　　日

代表者名：　　　　　　　　　　　　　印

**福祉バス使用承認申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 利用団体名 |  | 利用人数 | 　　　　　　　　人 |
| 連絡先（当日） | 使用責任者 |  | 携帯番号等 |  |
| 配車場所 |  | 配車時間 | 　　　時　　　　分 |
| 使用目的 | 講習会及び研修会・社会見学及び奉仕活動・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 運行計画（概ねの出発時間・場所を記入してください。） | 高速道路利用について | 有　・　無 |
| 時刻 | 施設名等 | 住所・電話番号 |
|  |  |  |
| 【備考】　　　　　　　　　　　　　　　　リフト使用　　有　・　無　　／　　同行車両　　有　・無 |
|  |

使用日の１ケ月前までに申請書をご提出ください。１ケ月前以降の申請については、運行できない可能性があります。

申請後の取消は、早急にご連絡をお願い致します。

|  |
| --- |
| バス会社確認欄 |
|  |

様式第２号（第５条関係）

　　　　　　　　　　承認番号　　　　　号

　　　　　　　　　承認日：　　　　　　年　　　月　　　日

様

社会福祉法人 安中市社会福祉協議会

会　長　　　　吉　田　　茂　印

**福祉バス　承認・不承認　通知**

福祉バスの利用については、下記のとおり　承認　・不承認　といたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 利用団体名 |  | 利用人数 | 　　　　　　　　人 |
| 連絡先（当日） | 使用責任者 |  | 携帯番号等 |  |
| 住　所 |  |
| 配車場所 |  | 配車時間 | 　　　時　　　　分 |
| 不承認の理由 |  |
| （注意事項）１.使用責任者は、運転者の指示に従い安全運行に協力すること。1. 車内は清潔にし、バスは大切に使用すること。
2. 時間を厳守すること。
3. 使用承認の経路は変更しないこと。
4. ガソリン代、有料道路通行料、駐車料、旅行損害保険料、乗務員の食事は使用者が負担すること。
5. 使用日３日前までに乗車人員名簿を提出すること。
 |

（別　紙）

福祉バス乗車名簿

使用日　　　　　年　　月　　日　　　団体名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 電話番号 |  | 氏　名 | 電話番号 |
| 1 |  |  | 21 |  |  |
| 2 |  |  | 22 |  |  |
| 3 |  |  | 23 |  |  |
| 4 |  |  | 24 |  |  |
| 5 |  |  | 25 |  |  |
| 6 |  |  | 26 |  |  |
| 7 |  |  | 27 |  |  |
| 8 |  |  | 28 |  |  |
| 9 |  |  | 29 |  |  |
| 10 |  |  | 30 |  |  |
| 11 |  |  | 31 |  |  |
| 12 |  |  | 32 |  |  |
| 13 |  |  | 33 |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |

※　独自の名簿がある場合は、そちらの名簿の提出でも構いません。

※　提出期限　**使用日の３日前まで**。

**承認通知書（郵送を除く）も忘れずに取りに来て下さい。**